

Herzlich Willkommen!

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

wir freuen uns, Sie in unserer Tierarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Damit wir Ihrem Tier die bestmögliche Behandlung zukommen lassen und Ihre Fragen schnell beantworten können, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben fallen unter die **tierärztliche Schweigepflicht** und werden **streng vertraulich behandelt**. Zudem sind wir verpflichtet bei der Erfassung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten die Bestimmung der Europäischen Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) einzuhalten, welche ab dem 25.05.2018 gelten.

Bitte beachten Sie: Im Zusammenhang mit dem Datenschutz haben Sie Rechte. Über diese klären wir Sie im Rahmen des separaten „**Informationsblatt zum Datenschutz in der Kleintierpraxis Lützen**“ auf. Wir händigen Ihnen da besagte Informationsblatt zusammen mit dem Anmeldebogen aus und bitte Sie, es zu lesen, bevor Sie den Anmeldebogen ausfüllen. Wir sind im Rahmen der Erfüllung unserer vertraglichen Pflicht berechtigt, den **Vornamen, Nachnamen, Geburtstag, Straße, Hausnummer, Postleitzahl** und den **Wohnort** der Tierhalterin bzw. des Tierhalters zu erfassen und diese Daten zu verarbeiten. Ohne diese Daten sind wir verpflichtet die Behandlung abzulehnen.

Für die Erfassung und Nutzung der oben genannten personenbezogenen Daten benötigen wir Ihre Einwilligung, die Sie im Rahmen des Formulars erteilen können.

Die Angabe der Einwilligung erfolgt freiwillig, d.h. Sie können Ihr Einverständnis verweigern. Die Einwilligung erfolgt stets für einen bestimmten Zweck, über den wir Sie weiter unten Informieren (siehe Ziffer 4).

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ DER EIGENTÜMERIN BZW. DES EIGENTÜMERS DES TIERES

☐

Ich habe das **Informationsblatt zum Datenschutz** in der Kleintierpraxis Lützen (Stand 01.06.2026 Informationsblatt) **erhalten, gelesen und verstanden**.

Datum

Unterschrift



Kleintierpraxis Lützen
Liebevoll, nah und kompetent.

Inh. Nancy Buchert
Gutenbergstraße 3A
06686 Lützen

info@kleintierpraxis-luetzen.de
kleintierpraxis-luetzen.de

Anmeldung



Eigentümer bzw. Eigentümerin des Tieres:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Hinweis: Bitte alle Felder in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

Patient:

Hund

Katze

andere Tierart:

Rasse:

weiblich

männlich

Name:

Ist Ihr Tier kastriert?

nein

ja

Geburtstag:

Ist Ihr Tier versichert:

nein

ja

Chipnummer:

Versicherung:

Gewicht:

Überweisung:

ja

nein

Haustierarzt:

Überweisender Tierarzt:

Möchten Sie über **ausstehende Impfungen** Ihres Tieres informiert werden?

ja

nein

Einwilligungserklärung

Nachfolgend können Sie im Zusammenhang mit den oben gekennzeichneten, personenbezogenen Daten jeweils Ihre Einwilligung erklären.

Sollten Sie ein Feld **nicht ankreuzen**, gilt die jeweilige Einwilligung als **verweigert**.

Geburtsdatum: Ich erkläre mich einverstanden, dass mein eingetragenes Geburtsdatum als ergänzende Identifikation in der Datenbank der "Kleintierpraxis Lützen" gespeichert wird.

Telefon/Mobilfunknummer: Ich erkläre mich einverstanden, dass meine eingetragene Telefon und Mobilfunknummer als ergänzende Identifikation in der Datenbank der "Kleintierpraxis Lützen" gespeichert und von der Tierärztin sowie den Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen und dem Versand von Daten genutzt werden dürfen.

E-mail: Ich erkläre mich einverstanden, dass meine eingetragene E-mail-Adresse in der Datenbank der "Kleintierpraxis Lützen" gespeichert und von der Tierärztin sowie den Mitarbeitern für Rückfragen, Auskünfte, Terminvereinbarungen und dem Versand von Daten genutzt werden darf.

Daten- und Chipnummer: Ich erkläre mich einverstanden, dass meine eingetragenen personenbezogenen Daten, die Daten meines Tieres und die Chipnummer des implantierten Transponders meines Tieres an die/das in dem Informationsblatt genannten Register übermittelt und dort gespeichert werden. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht. Mir ist bewusst: Sollte ich eine Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten wünschen, muss ich mich direkt mit denen für das jeweilige Register Verantwortlichen in Verbindung setzen.

Probenversand und -analyse, Abrechnung durch Labor, Versand Ihrer Daten*: Ich erkläre mich einverstanden, dass die "Kleintierpraxis Lützen" meinen Vor- und Nachnamen, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres im Zusammenhang mit dem Versand bzw. der Analyse und zwecks der Abrechnung übermitteln darf. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

Kliniken/Praxen, Überweisung/Rücküberweisung, Versand Ihrer Daten*: Sollte die Verantwortliche der "Kleintierpraxis Lützen" mit meinem Einverständnis entscheiden, dass mein Tier an eine Klinik/Praxis zu überweisen/rückzuüberweisen ist, willige ich ein, dass die Mitarbeiter der Tierarztpraxis meinen Vor- und Nachnamen, meine Anschrift sowie die Daten meines Tieres und den Befund an die Klinik weiterleiten. Ich entbinde die Mitarbeiter der Tierarztpraxis insoweit von der beruflichen Schweigepflicht.

Sie können ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die oben erteilte(n) Einwilligung(en) mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen (Artikel 7 Absatz 3 Satz 1 DSGVO). Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Personalien und gebe den Auftrag zur Untersuchung/ Behandlung bzw. Operation des oben genannten Tieres. Falls es zur Diagnosefindung erforderlich ist, ermächtige ich die Praxis, Leistung Dritter (Labors, Spezialuntersuchungsanstalten u. Ä.) in meinen Namen und auf meine Rechnung in Anspruch zu nehmen.

Ich bezahle meine Rechnung sofort am Behandlungs/Operationstag bar oder mittels EC-Karte.

Datum

Unterschrift

* Pflichtangabe

ANLAGE: Informationsblatt zum Datenschutz in der "Kleintierpraxis Lützen" (Gesetzestexte zur Kenntnisnahme)

Seite 3 von 3